

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:
V. F. Moreira y A. López San Román
Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Prótesis descompresiva cólica

El cáncer del intestino grueso es relativamente frecuente; en nuestro país afecta cada año a unos 10 individuos por cada 100.000. Es más frecuente a partir de los 55 años. Se puede manifestar como anemia crónica, hemorragia al defecar, dolor abdominal intermitente o por obstrucción completa del intestino grueso (oclusión intestinal), más frecuente en los tumores del final del colon (sigma) donde las heces son más consistentes. La obstrucción se produce porque el crecimiento del tumor en el intestino estrecha la luz e impide el paso de las heces. Este estrechamiento se conoce también con el nombre de estenosis.

El tratamiento de los cánceres del intestino grueso o colon es quirúrgico y consiste en extirpar la zona donde está el tumor y empalmar los cabos del intestino sano. En los casos que la primera manifestación del cáncer de colon es la obstrucción intestinal deben realizarse dos intervenciones quirúrgicas. La primera para solucionar la obstrucción, con creación de un ano temporal en la piel del abdomen. Más tarde se efectúa una segunda operación para extirpar la causa de la obstrucción, empalmar los cabos sanos de intestino y retirar el ano abdominal. Aunque es infrecuente, algunos cánceres de colon muy avanzados no pueden recibir tratamiento quirúrgico y hasta la actualidad sólo podían tratarse con dietas especiales o con alimentación por otras vías.

PRÓTESIS

Actualmente es posible dilatar estrecheces de estructuras orgánicas tubulares con las denominadas prótesis, que son cilindros metálicos formados por una malla, de un calibre adecuado a la estructura donde se debe colocar. Entre otras, hay prótesis para el aparato digestivo y conductos biliares. Se utilizan cuando hay obstrucciones por crecimiento tumoral, compresión o cicatrices. Las prótesis pueden ser sólo de malla (no recubiertas) o con la malla protegida por plástico (recubiertas). El metal de estas prótesis se introduce plegado pero tiene "memoria", de forma que se expande hasta el diámetro inicial. Cuando se introducen mediante un sistema flexible, hasta una zona estrecha y se sueltan en ella, la dilatan. Estos dispositivos se conocen como prótesis metálicas expansibles o stent. Algunas obstrucciones del intestino grueso o colon pueden repermeabilizarse utilizando estas prótesis.

¿CUÁNDO SE PUEDE CONSIDERAR LA COLOCACIÓN DE UNA PRÓTESIS DESCOMPRESIVA?

Existen dos situaciones en las que un tumor oclusivo puede tratarse con la colocación de una prótesis expansiva. La primera situación es en pacientes con un tumor que además afecta a otros órganos y que, por lo tanto, no se puede extirpar por cirugía y no puede curarse. En esta situación la colocación de una prótesis expansible en la estrechez que produce la obstrucción puede solucionar el problema local. La segunda situación es para evitar la primera de las dos intervenciones quirúrgicas comentadas al principio y tratar el tumor con una sola.

La utilización de prótesis metálicas expansibles en estenosis benignas (isquemia, enfermedad inflamatoria o lesiones quirúrgicas), está bajo investigación clínica.

¿EN QUÉ SITUACIONES NO SE PUEDE COLOCAR UNA PRÓTESIS DESCOMPRESIVA CÓLICA?

Sólo está contraindicada en aquellos pacientes con obstrucciones múltiples o con un estado general que impida la realización de una exploración endoscópica con sedación consciente. También está contraindicada en los tumores rectales tan bajos que el extremo inferior de la prótesis llega a contactar con el final de la ampolla rectal.

PREPARACIÓN PARA LA COLOCACIÓN

Para poder acceder a la parte distal de la estenosis y poder colocar la guía es preciso que

se pueda obtener una adecuada visión en el colon. Los pacientes deben prepararse con enemas de limpieza.

COLOCACIÓN

Suele efectuarse bajo control doble (endoscópico y radiológico), aunque es posible colocarla sólo bajo uno de los dos. Se consigue colocar las prótesis en más del 90% de los casos en que se indica.

CUIDADOS EN LOS PACIENTES PORTADORES DE UNA PRÓTESIS EN COLON

En las prótesis colocadas para conseguir la limpieza adecuada del colon, facilitando la cirugía definitiva en un tiempo, la dieta es poco importante.

En las prótesis colocadas como tratamiento definitivo en pacientes sin opciones quirúrgicas es muy importante conseguir evitar el estreñimiento, para lo que conviene administrar fibra no soluble. Deben evitar alimentos astringentes (membrillo, chocolate...). También hay que considerar el riesgo de utilizar medicamentos que estreñan.

¿CUÁNDO SE DEBE REVISAR?

La revisión puede ser por radiografía o por endoscopia. En prótesis "puente" para conseguir una intervención electiva a los pocos días sólo estarán indicadas si no se resuelve la obstrucción. En la prótesis como tratamiento definitivo, la revisión se indica cuando hay alteración en el ritmo intestinal. La endoscopia permite saber si el tumor tiene crecimiento a través de la malla de la prótesis. Si se produce hay que valorar la colocación de una nueva prótesis dentro de la anterior.

COMPLICACIONES Y SU TRATAMIENTO

Las complicaciones más frecuentes son migración, perforación y obstrucción.

La migración se produce cuando la estrechez del intestino no es suficientemente importante como para mantener fija la prótesis apoyada en la pared. La prótesis se suele expulsar de forma espontánea, aunque en otras ocasiones se retiene en el colon o en el recto.

La perforación es una complicación que puede relacionarse con la mala colocación de la guía, o si la presión de la malla metálica produce una ruptura del tumor. Ambas son poco frecuentes. A veces, estas perforaciones cursan con pocas manifestaciones clínicas, porque el propio organismo se defiende (perforaciones encubiertas). Otras veces, la perforación se produce de forma aguda con clínica de dolor intenso y contracción muscular de la pared abdominal precisando ingreso hospitalario y cirugía inmediata.

La obstrucción precoz debe relacionarse con la posición o por la llegada de restos fecales excesivamente sólidos, si no se ha administrado fibra no soluble para regular el ritmo intestinal. La obstrucción tardía puede ser debida a crecimiento tumoral en pacientes con supervivencia prolongada.

La tasa de mortalidad es baja y la de complicaciones es variable y relativamente elevada, oscilando entre el 15 y el 45%.

J. M. Bordas

*Sección de Endoscopia y Motilidad Digestiva.
Servicio de Gastroenterología. Institut de Malalties
Digestives i Metabòliques. Hospital Clínic. Barcelona*